

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N
415

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Clément VASSAL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien Interne de la Maison de Saint-Lazare.

Né le 19 août 1910, à Evreux (Eure).

**Contribution à l'étude des chancres
syphilitiques du col de l'utérus et en
particulier de leur adénopathie satellite**

Président : M. GUGEROT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Clément VASSAL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien Interne de la Maison de Saint-Lazare.

Né le 19 août 1910, à Evreux (Eure).

Contribution à l'étude des chancres
syphilitiques du col de l'utérus et en
particulier de leur adénopathie satellite

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

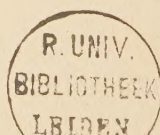
1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N...
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	RIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GULLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
BOULIN Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.	GAYET Physiologie.
CATHALA Pathologie médicale.	DE GENNES Pathologie médicale
CHEVALLIER. Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGU'ENAU. Pathologie médicale.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.

MM.
MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHT Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIERS Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
LEROUX Anatomie pathologique.
PHILIBERT ... Bactériologie.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT.
SÉZARY.
 } Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.
 } Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE.
METZGER.
 } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA SŒUR

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MES ONCLES :

MONSIEUR LE DOCTEUR MARIUS VASSAL
(de St-André de l'Eure).

MONSIEUR LE DOCTEUR AUGUSTE VASSAL

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Dermatologie à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de l'Hôpital St-Louis.

Officier de la Légion d'Honneur.

Avec l'expression de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre Thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON

*Qui nous a confié le sujet de cette Thèse.
Pour le remercier de son enseignement,
de ses précieux conseils, et de toute sa
bienveillance à notre égard.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Chef des travaux d'Anatomie.

*Qui nous a réservé un accueil si bien-
veillant et nous a aidé de ses conseils,
témoignage de profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BLUM

Assistant de la Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
de l'Hôpital St-Louis.

Qui a bien voulu nous aider dans l'élaboration de cette thèse, Hommage respectueux et reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CIVATTE

Chef du Laboratoire et du Musée d'Histologie
de l'Hôpital St-Louis.

Avec nos plus vifs remerciements pour son accueil si bienveillant et ses précieux conseils.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALBERT SEZARY

*Dont nous avons pu suivre l'enseignement avec autant de plaisir que de profit.
Hommage respectueux et reconnaissant.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VESLIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUGEULLE

Chirurgien de l'Hôpital d'Evreux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

PIERRE CHEVREUIL

ROGER DAUPTAIN

FÉLIX DEGAND

JEAN PERRIER

PAUL RIALLAND

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS (in memoriam)
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. SENEQUE
MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL RAVAUT (in memoriam)
MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN PARAF
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION
MONSIEUR LE DOCTEUR MAINGOT

Internat à la maison de St-Lazare :

MONSIEUR LE DOCTEUR BIZARD
MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT
MONSIEUR LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON
MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE FERNET
MONSIEUR LE DOCTEUR PERIN
MONSIEUR LE DOCTEUR J. BRALEZ
MONSIEUR LE DOCTEUR DEMERLIAC
MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES LEVY
MONSIEUR LE DOCTEUR GALIOT

INTRODUCTION

Nous abordons un sujet qui a été traité à diverses reprises par un grand nombre de syphiligraphes et sur lequel il semble que tout a été dit.

Cependant, notre thèse contiendra, croyons-nous un fait nouveau : la constatation d'une adénopathie pelvienne satellite du chancre du col de l'utérus nettement perceptible au toucher vaginal. Cette constatation faite pour la première fois par M. Clément SIMON alors que nous étions son interne a fait l'objet d'une communication à la Société de Dermatologie (Séance d'Avril 1938).

De plus, il nous a paru intéressant de donner nos impressions recueillies au cours de notre temps d'internat d'abord du dispensaire d'Hygiène et de salubrité sous la direction de M. le Docteur BIZARD, ensuite, à la maison de St-Lazare dans le service de Monsieur le Docteur Clément SIMON, et au cours de nombreuses consultations au dispensaire Toussaint-Barthélemy. Cette expérience nous a montré que dans l'examen systématique d'une femme, il faut toujours faire avec soin l'examen du col, partie interne et partie externe.

Nous avons rencontré surtout aux bords de l'orifice cervical un certain nombre d'érosions en appa-

rence banales qui n'évoquaient pas du tout le chancre et qui contenaient du tréponème. Nous laisserons de côté les cas où la contamination se ferait par la pénétration d'un tréponème dans la cavité cervicale pour n'envisager que ceux où il existe une lésion visible.

HISTORIQUE

Nous ne pouvons tenir pour valables que les cas où l'on a trouvé du tréponème dans la lésion. Les Anciens auteurs n'avaient pas ce moyen et même avant RICORD (1860) le speculum était peu employé; ce qui explique la rareté des observations à cette époque. Seuls, GOSSELIN en 1843 et BENNET en 1850 en publient deux cas qui paraissent authentiques. Ce fut Alfred FOURNIER qui, le premier en 1873 donne une description magistrale du chancre du col, dans son livre : leçons sur la syphilis étudiée particulièrement chez la femme.

Après FOURNIER, les publications se multiplient et nous nous contenterons de citer les plus importantes :

1° l'ouvrage de NEUMANN (1896) in tome « syphilis » de la « Specielle Pathologie » und therapie de Nothnagel ».

2° L'étude de GELHORN et EHRENFEST (1896). Rapport à l'American gynecological society.

3° Le livre de E. OZENNE chirurgien de St-Lazare (Syphilis de l'utérus et de ses annexes (1920).

4° Une étude très documentée de J. J. PUENTE (la syphilis du col de l'utérus).

Bruxelles médical 8 et 15 février 1931.

5° Le travail de P. F. STOOKEY et ROBERTS (chancre of cersix. Am. Journal syphilis, avril 1928).

6° Un article de P. DUREL et MAYER : la syphilis du col de l'utérus (La Médecine, Déc. 1933).

7° Les articles de M. JOULIA : Fréquence du chancre syphilitique du col et des parois vaginales chez les prostituées (Paris médical 7 mars 1936, p. 213).

8° L'article de M. RABUT (une localisation fréquente de la syphilis primaire fréquemment méconnue : le chancre du col utérin (l'Hôpital, n° 424, Décembre 1936, page 705).

9° L'article de M. Pierre FERNET et COLLART. Le chancre du col. Sa fréquence. Ses difficultés. Diagnostic. Paris médical (5 mars 1938).

10° Les thèses de BLAZY : le chancre induré du col (Bordeaux 1929-1930).

de MINAIRE chancre syphilitique du col utérin (Lyon 1932).

et la récente thèse de L. VILLERS : chancres syphilitiques végétant du col simulant l'épithélioma (these Paris 1937 n° 267).

ETIOLOGIE

A cause de son insidiosité, le chancre du col est une découverte d'examen systématique. On le rencontre surtout chez les prostituées, soumises à des visites hebdomadaires, ou venant consulter avec des signes de syphilis secondaire. D'autre part, ces malades remplissent les meilleures conditions pour être contaminées :

- occasions répétées de contagion,
- érosions de nature métritique,
- altérations de la muqueuse par de fréquentes injections irritantes.

Il n'est pas impossible que selon l'opinion de MM. BLUM et BRALEZ le chancre trouve des conditions favorables à son développement dans l'existence des lésions métritiques antérieures.

FREQUENCE.

Le chancre du col était considéré autrefois comme exceptionnel; FOURNIER le premier qui insiste sur son importance, n'en trouve que 5,2 % dans sa statistique de 1881.

MRAZEK, la même année, en trouve 4,7 % sur 500 cas.

Depuis la découverte du tréponème par SCHAUDIN

en 1905, les chiffres des différents auteurs sont plus élevés.

Ils sont cependant très variables, selon qu'il s'agit de telle ou telle clientèle, selon que l'on emploie le speculum systématiquement ou non.

— OZENNE, dans son livre, en 1921, donne la proportion de 9 %.

— La même année en Allemagne, MEYER en trouve 15 % et PUENTE 16 % de 1921 à 1929.

— En 1933, DUREL et MAYER rapportent une statistique de St-Lazare s'élevant à 6,5 %.

MINAIRE (thèse de Lyon 1932) rapporte les chiffres bien différents du Professeur agrégé GATÉ de Lyon : 18,64 %,

et du Docteur LAURENT de Saint-Etienne 41,6 %.

— BLAZY (thèse Bordeaux 1932) rapporte 28 %.

— le Professeur JOULIA (Bordeaux 1935) 38,75 %.

— les docteurs PIERRE FERNET et COLLART (Paris Médical 5 mars 1938) rapportent pour leur service de St-Lazare proportion de 30 % échelonné sur trois ans.

Un certain nombre de ces auteurs rapportent des cas, où, à défaut de la découverte du tréponème la syphilis a été confirmée par des séro-réactions positives.

Pour notre part, nous avons trouvé dans le service du Dr CLÉMENT SIMON et au dispensaire TOUSSAINT-BARTHÉLEMY depuis le 1^{er} janvier 1937 jusqu'au 15 mars 1938, sur 100 chancres du col de la femme, quel que soit leur siège 20 chancres du col, vérifiés par la découverte du tréponème,

— soit une proportion de 20 %.

Nous estimons que la découverte du tréponème est nécessaire pour affirmer un chancre du col; en effet, les deux signes très importants que constituent :

— l'induration

— l'adénopathie satellite,

ne sont pas, ou sont difficilement perceptibles, il y a plus de causes d'erreur et il faut se montrer plus difficile pour affirmer le chancre à cet endroit. D'autre part, si les séro-réactions sont encore négatives, il est bon de pouvoir faire un diagnostic immédiat. Si nous tenons compte des cas où la syphilis a été confirmée seulement par la sérologie ou les accidents secondaires, nous pourrions annoncer une statistique de 36 %. Ces 16 derniers cas ne peuvent être considérés comme certains.

ETUDE CLINIQUE

Dans la règle, le chancre du col ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel, il est reconnu seulement par l'examen au speculum.

LOCALISATION.

Il peut se rencontrer sur n'importe quel point du col; généralement exorcervical et presque toujours unique.

D'après l'opinion classique, il siège un peu plus souvent sur la lèvre antérieure que sur la lèvre postérieure. Parfois, il est tout à fait excentrique à distance de l'orifice allant jusqu'à l'insertion vaginale du col. D'où la nécessité d'un examen avec le spéculum largement ouvert pour découvrir absolument toute la surface cervicale.

Il peut aussi entourer plus régulièrement l'orifice cervical; nous l'avons vu l'entourer de façon incomplète, en forme de croissant.

Souvent, il est limité à une lèvre du col, au ras de l'orifice, semblant se continuer à l'intérieur du canal cervical dans lequel, on conçoit à la rigueur qu'il puisse rester enfermé, mais ceci n'est qu'une hypothèse.

Ces localisations centrales ou paracentrales sont presque toujours observées dans les chancres développés sur une ulcération métritique, localisation fréquente où l'érosion du chancre est bien difficile à distinguer de celle de la métrite.

FORME HABITUELLE.

Nous décrirons d'abord, le chancre érosif que nous avons le plus souvent rencontré.

Il est de forme assez régulièrement arrondie ou ovale, généralement de petite dimension; parfois comme une lentille, rarement plus gros qu'une pièce de 0 fr. 50 soit de 5 à 15 mm. de diamètre, quelquefois plus étendu cependant.

La surface est plate, surtout au début, parfois papuleuse par la suite : le chancre est alors papulo-érosif. Cette surface est ordinairement recouverte d'un enduit mince, à reflet opalin. Cet enduit peut avoir une coloration différente, gris-jaune chamois, il peut même former une pellicule couenneuse diphtéroïde.

On enlève l'enduit ou la pellicule comme on enlève toute croûte recouvrant une lésion élémentaire de la peau; et l'on trouve en dessous une surface lisse et vernissée ayant la coloration réelle du chancre, rosée ou rouge tranchant plus nettement sur les tissus avoisinants. Il peut y avoir à ce moment un léger suintement sanguin.

Ce chancre n'a pas à proprement parler de bords. Il se continue sans différence de niveau, s'il est plat;

en pente douce s'il est papuleux avec les tissus voisins.

Parfois, il semble limité par un mince ourlet.

Au pourtour, on observe assez souvent une collerette purpurique qui a été bien décrite par Alfred FOURNIER et qui est très caractéristique quand elle existe.

Le chancre est absolument indolore spontanément et au toucher.

CONSISTANCE.

La base du chancre est indurée. Mais ce signe est généralement difficile à percevoir, surtout au doigt, et passerait souvent inaperçu, si l'on n'avait pas auparavant regardé la lésion au spéculum.

Souvent, on ne sent pas vraiment l'induration, mais seulement un col gros et dur dans sa masse.

Dans quelques cas, elle est cependant très nette, par exemple, sur le col ramolli d'un utérus gravide.

Une de nos malades (obs. n° 19) est venue consulter parce qu'elle avait senti son induration elle-même.

DURÇEUX et OZENNE rapportent en 1912 un cas de chancre du col accessible au palper sur un utérus prolabé, où l'induration fut constatée facilement.

On la reconnaît mieux sous contrôle de la vue en pressant légèrement le chancre avec un instrument moussé (signe de Puente).

« On a alors l'impression de voir le chancre s'enfoncer dans le col ».

L'ADENOPATHIE.

Il était jusqu'à présent admis que l'adénopathie du chancre du col était pelvienne et impossible à percevoir, étant située pensait-on dans la bifurcation des vaisseaux iliaques.

Un certain nombre d'auteurs au cours de ces dernières années rapportent d'autre part des cas assez nombreux de chancres du col accompagnés d'adénopathie inguinale (JOULIA, de Bordeaux, Paris-Médical, Mars 1936. BLAZY, thèse Bordeaux, 1929. RABUT, l'Hôpital, Déc. 1936, p. 705). VILLERS, dans sa thèse (Paris, 1937) parle même de la ponction ganglionnaire comme moyen de diagnostic.

Ils expliquent cette réaction ganglionnaire par les anastomoses entre lymphatiques du col et du vagin.

Pour notre part, nous n'avons guère constaté que des adénopathies inguinales non syphiloïdes et de peu d'importance. (observations 6, 11, 16, 20 et 21).

Par contre, nous avons trouvé chez quatre de nos malades, à la suite d'une recherche de M. Clément SIMON, à laquelle nous avons participé une adénopathie pelvienne nettement perceptible au toucher vaginal.

Cette adénopathie existait chez les malades de nos observations n° 20, 21, 22 ainsi que chez une dernière malade récemment entrée à St-Lazare pour chancre du col.

Le toucher vaginal pour arriver à percevoir ce ganglion doit se pratiquer d'une façon particulière

et lorsqu'on explore l'utérus et les annexes comme à l'ordinaire on ne le trouve pas.

Il faut introduire les deux doigts dans le fond du cul-de-sac latéral le plus loin possible, tourner les pulpes en dehors et les ramener doucement d'arrière en avant légèrement fléchies sur la surface quadrilatère de l'os iliaque.

Si l'on explore cette surface d'avant en arrière, on ne trouve pas le ganglion qui, très mobile, échappe au toucher, ce qui explique que plusieurs de nos examens étaient négatifs.

Il faut explorer successivement le côté droit avec la main droite et le côté gauche avec la main gauche.

Le ganglion peut siéger de n'importe quel côté si le chancre est central.

Il siégeait chez nos malades, du même côté que le chancre quand ce dernier était latéral.

Il se présentait à nos divers examens sous la forme d'une petite masse dure, arrondie et mobile. fuyant sous le doigt, du volume d'une petite cerise ou plus petit, mais toujours nettement reconnaissable.

Afin de localiser exactement ces ganglions par rapport à l'os, seul point de repaire valable; nous avons eu l'idée de recourir à des radiographies faites pendant le toucher vaginal avec un indice opaque glissé sous l'ongle, le doigt étant au contact du ganglion.

Des clichés pris en position oblique montrent bien le repaire métallique contre l'os. Ils permettent de

voir l'épine sciatique et la position du ganglion à 5 cm. de celle-ci en direction de la ligne innominée.

Nous avons pu, grâce à l'obligeance de M. le Professeur HOVELAQUE disséquer quelques bassins, et nous avons trouvé un petit ganglion non pathologique vérifié par M. HOVELAQUE à la place où la clinique et la radiographie l'indiquaient. Nous avons vérifié sur le cadavre que le toucher atteignait ce ganglion. On doit donc l'atteindre à plus forte raison sur le vivant en raison de la souplesse des tissus.

Ce ganglion correspond anatomiquement à celui que LEVEUF et GODARD ont appelé ganglion principal des lymphatiques de l'utérus¹.

Ces auteurs décrivent en dehors des voies accessoires qui ne nous intéressent pas ici une voie principale formée par la convergence au bord de l'utérus, des lymphatiques du col et du corps, au-dessus de l'insertion vaginale. Ces lymphatiques suivent d'abord l'artère utérine en se dirigeant vers la paroi pelvienne. A l'union des 2/3 internes et du tiers externe du ligament large, ils abandonnent l'artère pour se diriger en dehors et un peu en avant. Ils forment une crosse au-dessus de l'artère ombilicale pour aller se jeter dans le ganglion principal dont le siège est assez constant.

Les efférents de ce ganglion contournent les vais-

(1) 1) Les lymphatiques de l'utérus. Revue de chirurgie, 1923, pp. 219-247.

(2) Les lymphatiques du col de l'utérus. Etude anatomique et anatomo-pathologique (Phlegmons pelviens. Cancers du col de l'utérus). La Presse Médicale (N° 19 du 7 mars 1934).

seaux iliaques externes et remontent en dehors des vaisseaux iliaques primitifs jusqu'au bord externe de l'aorte, à gauche, de la veine cave inférieure, à droite. Puis, ces chaînes contournent les gros vaisseaux pré-vertébraux pour se réunir sur la ligne médiane en un tronc comme rétro-vasculaire qui aboutit à la citerne de Pecquet.

Le *ganglion principal* est le plus souvent unique, parfois il y en a deux séparés. Il est relativement gros et occupe une situation constante. En avant de l'origine de l'artère utérine, accolé au versant externe de l'artère ombilicale, il est loin de la bifurcation de l'artère iliaque primitive (de 50 à 70 mm.).

Dans le sens vertical, il est sujet à quelques variations : en situation haute, il est au contact de la veine iliaque externe — en situation basse (c'est le cas le plus fréquent), il est nettement sous-jacent à la veine au contact du nerf obturateur, et dans ce cas, il est à 5 cm. de l'épine sciatique et à 2 cm. de la ligne innominée. C'est là exactement que nous l'avons trouvé sur nos radiographies et lors de nos dissections.

Nous pensons donc que c'est bien le ganglion principal de LEVEUF et GODARD que nous avons perçu chez nos quatre malades.

L'erreur avec des pelotons graisseux, des replis de la gaine hypogastrique ou même des kystes wolffiens ne nous paraît pas vraisemblable.

De plus, nous avons recherché ce ganglion systématiquement chez une quarantaine de femmes hospitalisées pour *métrite*, nous ne l'avons pas rencontré.

Nous en avons trouvé un petit dans un cas de syphilis toute récente avec érosion du col, séro-réactions positives (obs. 23). Le tréponème n'ayant pas été vu à l'ultra-microscope, nous ne concluons pas qu'il s'agit d'un chancre, mais le fait est vraisemblable.

La constatation de cette adénopathie semble donc présenter un certain intérêt.

— Au point de vue doctrinal, car elle confirme l'opinion classique sur la constance du ganglion satellite du chancre.

— Au point de vue diagnostic, car elle peut, sans donner une certitude attirer l'attention sur une érosion suspecte.

— De plus, elle persiste un certain temps après la cicatrisation du chancre dont elle peut être le témoin rétrospectif.

FORME ULCEREUSE.

Elle est plus rare que la précédente. Elle n'est cependant pas exceptionnelle, si l'on pratique systématiquement la recherche du tréponème sur toute ulcération suspecte (obs. 11 et 19).

Il s'agit dans ce cas d'ulcération de forme arrondie ou ovalaires et de contours souvent irréguliers et sinueux. La circonférence est entourée d'un halo rouge. La perte de substance est plus importante et l'on peut voir tous les intermédiaires entre l'érosion simple et l'ulcération profonde. L'aspect et le siège sur une des lèvres, au ras de l'orifice, la forme irrégulière dans ce cas, la difficulté de recherche du tréponème s'il y

a infection surajoutée, expliquent des erreurs de diagnostic telles que nous en rapportons dans les observations n° 23, 25 et 26 (D^r FERNET).

FORME HYPERTROPHIQUE.

Cette forme est beaucoup plus rare.

La malade peut venir consulter pour hémorragies ou pertes purulentes, car il y a souvent infection surajoutée.

La lésion se présente comme une vaste ulcération à fond bourgeonnant, irrégulier avec des saillies, de petits mamelons déchiquetés, en voie de sphacèle et saignant facilement ou se détachant au contact.

Parfois, le chancre est constitué par un bourgeon plus petit, localisé à une lèvre du col. Le diagnostic peut être très difficile avec le cancer du col et plusieurs cas ont été opérés ou ont failli être opérés par des chirurgiens très renommés, la syphilis étant reconnue peu avant l'opération (Voir plus loin l'observation n° 27, la thèse de Villers (Paris (1937). ROSTAINE et DRUELLE (Arch. gén. méd., 15 déc. 1919).

Mis au traitement spécifique, ces chancres végétants guérissent dans les délais habituels sans laisser de traces.

FORMES SUIVANT LA LOCALISATION.

Presque toujours unique sur le col, le chancre peut coexister avec un chancre des parois vaginales (observation de LÉVY BING et BOURSAT (Ann. mal. vener.,

Mai 1932, p. 361) ou avec un et même plusieurs chancres vulvaires.

FORMES ASSOCIEES.

1° *Avec l'herpès.*

Classiquement, il pourrait être associé à l'herpès du col avec lequel le diagnostic peut d'ailleurs se poser et qui pourrait même servir de porte d'entrée à l'infection syphilitique. Personnellement, nous n'avons jamais vu ce cas.

Mais il coexiste plus habituellement avec l'herpès vulvaire. C'est là un fait assez fréquent et bien noté déjà par FOURNIER dans ses leçons magistrales « je dois dire que l'herpès vulvaire m'a souvent conduit à rechercher et m'a fait découvrir des chancres du col ».

— *L'association avec la métrite* est la plus importante de toutes. Elle a surtout été mise en évidence par la thèse de BLAZY (Bordeaux 1930) et par Alfred FOURNIER (de Marseille) qui en rapportent tous deux des observations très instructives. Récemment MM. P. FERNET et COLLARD insistent encore sur cette association qui revêt en pratique une importance capitale.

EN EFFET, les prostituées, chez qui se rencontrent la plupart des chancres du col sont très souvent atteintes de métrite.

Le chancre survenant dans ces conditions, est fréquemment masqué par l'ulcération métritique.

Il revêt de ce fait une localisation habituellement juxta-orificielle et un aspect atypique. Il peut passer pour une érosion tout à fait banale.

Néanmoins, un certain nombre de faits peuvent faire soupçonner son apparition surtout lorsqu'on a des raisons particulières de la redouter (ex. l'observation d'Alfred FOURNIER de Marseille). On peut remarquer en un point de l'ulcération métritique une modification de coloration (rouge violacée) avec tendance à saigner au contact ou au contraire un enduit grisâtre. On peut noter une induration circonscrite perceptible à la rigueur au toucher ou plutôt en pressant avec un instrument moussé.

Mais le moyen le plus sûr est de terminer tout examen d'un col suspect par un examen à l'ultramicroscopique en répétant cette recherche plusieurs fois s'il le faut.

En effet, le tréponème est très difficile à découvrir dans une érosion infectée, sur laquelle des antiseptiques ont été souvent appliqués les jours précédents. Dans ce cas, il faut supprimer les soins locaux pendant quelques jours avant de recommencer l'examen.

Nous ne citerons que pour mémoire l'association avec le *chancre mou* du col qui est une exception. Pour notre part, nous ne l'avons pas rencontré une seule fois.

De plus, il y a habituellement dans ces cas coexistence de chancres mous vulvaires. De toutes façons, on devrait, en présence d'un chancre mou du col soupçonner l'association possible de la syphilis et chercher à en faire la preuve.

EVOLUTION

Il était classique, autrefois d'insister sur la rapidité d'évolution et sur la variabilité du chancre du col d'un jour à l'autre. FOURNIER estimait que la guérison spontanée était rapide en quelques jours et expliquait ainsi nombre de syphilis décapitées.

— En réalité, si la tendance naturelle du chancre du col est de guérir sans laisser de traces, cette guérison n'est pas si rapide.

— Chez la plupart de nos malades mises au novar ou au traitement mixte, nous avons constaté qu'il fallait environ 15 à 20 jours de traitement pour obtenir la cicatrisation.

Dans tous les cas, cette cicatrisation est complète et il est très vraisemblable que chez une femme non soumise aux visites répétées, le chancre puisse passer inaperçu. Cette cicatrisation se fait de la périphérie au centre. Lorsqu'elle est à peu près terminée, on distingue encore pendant quelques jours par une différence de coloration les contours du chancre qui eux-mêmes s'effacent. Il peut persister dans des lésions de sclérose sous-jacente alors même qu'il ne reste rien en surface.

CHANCRE DU COL AU COURS DE LA GROSSESSE

Le chancre du col survenu au cours de la grossesse peut être une grave cause de dystocie, quand il n'est pas guéri au moment de l'accouchement. La grossesse confère elle-même au chancre des caractères particuliers.

— tendance aux formes hypertrophiques, — les lésions secondaires qui peuvent survenir dans les régions génitales sont particulièrement florides, souvent végétantes.

— l'évolution est beaucoup plus longue et le chancre n'a pas sa tendance habituelle à la guérison spontanée.

Si le chancre a été contracté tardivement ou s'il n'y a pas eu un traitement intensif, l'accouchement spontané est exceptionnel par suite de l'absence ou de l'insuffisance de dilatation.

M. LANTUÉJOL dans un article très documenté (Gynéc. et obstétrique, 1920, p. 110), rapporte 10 observations connues depuis 1902 avec les résultats suivants :

une femme accoucha sans intervention d'un enfant très petit qui vécut 24 heures;

deux accouchèrent spontanément avec déchirures du col.

Dans les sept autres cas, la dystocie était absolue, il fallut intervenir tantôt par voie haute, tantôt par voie basse, et dans quatre cas, la mère mourut.

— un enfant succomba aussi.

La meilleure solution, si la femme vient au début du travail, membranes intactes, serait la césarienne abdominale. Plus tardivement, le danger d'infection ne permet que les interventions par voie basse.

Les faits relatés ci-dessus montrent qu'un chancre du col, au moment de l'accouchement comporte un pronostic sévère.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF.

Le diagnostic clinique du chancre du col ne peut être basé que sur l'examen minutieux au spéculum, les signes fonctionnels faisant habituellement défaut, et en tous cas n'étant nullement caractéristiques.

Il y a toujours lieu d'attacher une grande valeur aux caractères essentiels du chancre, que nous résumerons ici :

Erosion généralement unique, limitée en une région de la muqueuse, de contours assez réguliers, arrondis, ou avalaires, de consistance indurée, recouverte habituellement d'un enduit opalin ou grisâtre.

Parfois existence d'une fausse membrane qui s'enlève à l'essuyage ou à la pince, laissant voir une surface rouge, lisse et vernissée.

Ces caractères, s'ils sont au complet, constituent un ensemble de probabilités.

Ils sont souvent incomplets ou masqués par une métrite ulcéreuse avec pertes purulentes (observation 20, 21).

La constatation assez délicate, de l'adénopathie pelvienne dont nous avons parlé constitue un argument de plus, mais ne constitue pas encore une certitude.

Aussi, l'élément majeur du diagnostic positif reste la recherche du tréponème dont la constation est nécessaire.

Recherche du tréponème. — Cette recherche est délicate, et doit souvent être répétée plusieurs fois, surtout lorsqu'il y a métrite associée.

Elle doit être systématique sur toute érosion suspecte.

Le prélèvement sera fait de préférence après scarification légère auprès des bords du chancre. Il est préférable de recueillir la sérosité avec une pipette fine, et de la déposer sur une lame en retirant au bout de quelques instants le caillot qui s'est formé.

Plusieurs procédés d'examen sont possibles. Nous préférons habituellement l'examen immédiat sur fond noir, la préparation fraîche et non fixée étant recouverte d'une lamelle.

Il faut souvent faire plusieurs prélèvements en divers endroits avant de trouver le tréponème.

Il faut ensuite l'identifier d'après ses caractères.

Il se présente sous forme d'un microorganisme spiralé apparaissant en clair sur fond noir long de 6 à 15 μ avec 6 à 12 tours d'hélice.

Il est animé de trois sortes de mouvements :

— mouvement de translations, avec lequel il se déplace dans le champ du microscope.

— mouvement de reptation ou de bascule.

— mouvement de vrille.

Il faut aussi savoir qu'il existe au niveau du col d'autres spirochètes qui peuvent être cause d'erreur.

C'est ainsi qu'on peut rencontrer dans des lésions ulcéreuses banales le spirochète *refringens* reconnaissable par sa forme moins régulière, ses tours de spire moins serrés et sa membrane ondulante. Il peut d'ailleurs coexister avec le tréponème pâle.

— On peut trouver aussi le spirochète *Plicatilis*, beaucoup plus gros, plus épais, et qui a une membrane ondulante très importante.

On a signalé des éléments spirochétiformes très courts, de signification obscure mais qui peuvent être une cause d'erreurs de plus.

Enfin, il est des cas indiscutables de chancres du col où l'on ne parvient pas à trouver le tréponème et l'on est obligé d'attendre le résultat des séro-réactions.

Les autres méthodes d'examen demandent une préparation plus ou moins compliquée mais elles ont l'avantage de permettre un examen différé si l'on n'a pas un ultra-microscope sous la main. Nous résumerons les deux principales :

1° *Technique de Fontana-Tribondeau.*

1° Etaler la sérosité et sécher à l'air.

2° Fixer et deshémoglobiner la préparation par action de la solution de Ruge pendant 30 secondes à 3 reprises.

3° Fixer à l'alcool absolu en flambant légèrement.

4° Mordancer à l'aide d'une solution de tanin à chaud pendant 1/2 minute.

5° Laver à l'eau distillée.

6° Faire agir la solution de NO^3AG ammoniacal de Fontana pendant 30 secondes à chaud.

7° Laver à l'eau distillée, sécher, examiner à l'immersion.

II° *Technique de Burri* à l'encre de Chine.

Déposer sur une lame :

1 goutte de sérosité,

1 goutte d'encre de Chine,

mélanger avec un fil de platine,

faire un étalement mince à l'aide d'une lamelle, laisser sécher.

Examiner à l'immersion, les tréponèmes apparaissent immobiles en clair sur fond noir. On peut aussi chercher le tréponème dans le broyat d'un fragment prélevé pour biopsie.

Séro-réactions. - Chez toutes nos malades, les réactions de Wassermann et de Hecht ont été effectuées. La réaction de Hecht étant la plus sensible.

Nous avons remarqué à ce propos que dans la plupart des cas, ces réactions étaient déjà positives à l'entrée des malades dans le service ou lors de leur première visite au dispensaire.

Un certain nombre étaient même envoyées pour réactions positives sans autre mention. Il est donc probable que dans ces cas le chancre existait déjà depuis deux, trois semaines ou davantage.

Dans deux ou trois cas seulement le Wassermann et le Hecht étaient encore négatifs et sont devenus

positifs au bout d'une ou deux semaines pour se négativer ensuite plus ou moins rapidement (obs. n° 5, 7 et 18).

Dans deux cas, les réactions étaient dissociées (observ. 3 et 20).

De plus, pour toutes nos malades hospitalisées à St-Lazare, la réaction de floculation de Vernes a été pratiquée systématiquement chaque semaine. Cette réaction offre surtout un grand intérêt pour suivre les résultats du traitement, on la voit monter pendant les premières semaines pour redescendre ensuite d'autant plus vite que le traitement a été entrepris plus tôt.

DIAGNOSTIF DIFFERENTIEL.

Il se pose avec toutes les affections ulcéreuses, érosive et hypertrophiques du col. Mais c'est surtout la métrite que l'on est appelé à discuter, ainsi que le cancer dans les formes bourgeonnantes.

1° **La métrite banale.** Les érosions ou ulcérations de la métrite banale sont contiguës à l'orifice cervical situées sur une ou sur les deux lèvres du col qu'elles entourent en partie ou complètement; le contour en est plutôt irrégulier, le fond rouge vif souvent granuleux. Le toucher peut être douloureux et ne donne pas la sensation d'infiltration.

Il y a coexistence d'une sécrétion purulente ou muco-purulente plus ou moins abondante.

L'évolution spontanée de l'ulcération métritique est longue, même avec le traitement.

Insistons encore sur le fait que les deux affections peuvent coexister; cette métrite peut cacher un chancre, qui, dans ce cas, est ordinairement concentrique; nous avons déjà parlé des signes qui peuvent faire penser à cette association. Dans certains cas, une électrocoagulation a été pratiquée sur de tels cols; nous ne saurions trop insister sur l'importance des examens ultra-microscopiques au moindre doute (observations 24, 25 et 26).

2° **Le cancer du col** peut être de diagnostic difficile surtout au début, avec les chancres végétants (voir thèse de VILLERS, Paris 1937) et les observations du Dr FERNET (Paris médical, 5 mars 1938). Dans bien des cas, le chancre du col fut pris pour un cancer et la distinction est souvent impossible à faire par la seule clinique. (Voir ROSTAINE et DRUELLE : Deux cas d'ablation de chancre syphilitiques pris pour des tumeurs malignes. (Arch. gén. méd., 15 déc. 1919).

L'état général est trompeur. Il peut être excellent dans le cancer au début.

On pensera plutôt au cancer devant une ulcération bourgeonnante à bourgeons très durs avec des pertes roussâtres et des hémorragies rejetées à tout contact.

Les douleurs et l'infiltration du paramètre sont aussi en sa faveur mais sont des signes un peu tardifs.

On pensera plutôt au chancre si les hémorragies

sont très minimes, s'il n'y a au col qu'une infiltration très limitée et une indolence absolue.

L'examen à l'ultra-microscope est indispensable, mais il peut tromper :

Soit qu'on ne découvre pas de tréponèmes sur un chancre soit que les zones nécrobrotiques du cancer abritent des spirochètes vulgaires.

Quant aux réactions sérologiques, au bout d'un mois, s'il s'agit d'un chancre, elles sont toujours positives, mais le cancer survient volontiers chez d'anciennes syphilitiques.

3° **Le chancre mou** du col surtout unique est exceptionnel.

S'il est petit, il est plutôt pris pour une érosion banale.

Il peut toutefois être recouvert d'une production couenneuse blanc jaunâtre comme le chancre syphilitique.

Le plus souvent, il est papuleux, petit et l'on peut habituellement découvrir un vestige de son bord mince et décollé. Il est recouvert d'une sécrétion purulente jaune sale.

On recherchera localement le bacille de Ducrey.

4° **L'herpès** du col est très rare, surtout sans éléments vulvaires. Il est constitué par la réunion de vésicules qui s'ulcèrent, formant une ulcération superficielle unique, à contours polycycliques, sans réaction inflammatoire. A la pression, on ne trouve pas d'in-

duration, mais on a le signe « de l'expression du suc » de Leloir.

En cas de doute, on aura recours à l'examen microscopique, d'autant que l'herpès pourrait servir de porte d'entrée au tréponème.

5° La **tuberculose du col** est une affection rare, surtout la forme isolée sans lésions utéro-annexielles (Voir thèse de Noboa ortiz. Paris 1930).

Elle donne lieu à des signes fonctionnels de métrite banale.

Elle peut se présenter localement :

1°) Sous forme d'une ulcération à bords décollés, violacés dont le fond est bourgeonnant et porte des granulations blanc jaunâtres. Il n'y a pas d'infiltration sous-jacente.

L'ulcération est douloureuse ainsi que la mobilisation de l'utérus : il y a souvent une annexite concommittante.

2°) Dans les formes hypertrophiques végétantes, et dans la forme polypense, la distinction est encore à faire avec les chancres végétants.

Nous citerons pour mémoire :

I. Les *aphtes* qui sont constituées par des ulcérations lenticulaires recouvertes d'une fausse membrane très adhérente, entourée d'un anneau congestif. Elles disparaissent spontanément en quelques jours et sont presque toujours méconnues.

II. Les *affections ulcéro-membraneuses à fusospires* peuvent aussi se développer sur le col sou-

vent associées à une autre lésion. Les frottis montrent une association fuso-spirellaire analogue à celle de l'angine de Vincent. Ces affections ont d'ailleurs un caractère extensif à l'opposé du chancre qui reste bien limité.

Enfin il faut faire la part des autres lésions syphilitiques du col :

1° *Lésions secondaires* papuleuses ou érosives qui peuvent être confondues avec un chancre érosif. Mais les érosions secondaires sont plus petites et plus nombreuses.

2° *Lésions tertiaires* gommeuses ulcérées, à ne pas confondre avec un chancre ulcéreux.

3° *Leucoplasie ulcérée*, tout à fait exceptionnelle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour cette étude, nous sommes allés trouver M. le Dr CIVATTE, au musée d'histologie de l'hôpital Saint Louis. M. CIVATTE nous a fort obligeamment montré quelques coupes et a bien voulu nous aider de ses conseils; nous l'en remercions très vivement.

DESCRIPTION.

Les caractères microscopiques essentiels du chancre du col sont les mêmes que ceux du chancre syphilitique avec plus de tendance à l'ulcération. L'épiderme a entièrement disparu, il ne reste plus aucun bourgeon interpapillaire à la surface de l'érosion, ni même, semble-t-il, sur les bords de celle-ci.

Les caractères de l'infiltrat sont les mêmes que ceux de tous les chancres syphilitiques, infiltrat purement cellulaire sans œdème, pas homogène, mais formé de l'enchevêtrement d'infiltrats périvasculaires qui, en profondeur surtout, retrouvent une individualité très nette.

Ces infiltrats se voient sur les coupes sous forme de nodules, ou de boyaux, centrés par un vaisseau sanguin, capillaire ou veinule. Comme toujours, le système veineux paraît plus atteint que le système ar-

tériel. Nous n'avons pas pu trouver une seule artériole servant d'axe à l'un de ces infiltrats.

Ces infiltrats périvasculaires se voient sur les coupes en surface sous forme de taches plus sombres sur un fond d'infiltrat moins dense. Dans la profondeur on les retrouve isolés au milieu des faisceaux musculaires.

Dans l'infiltrat intermédiaire aux îlots, comme dans les infiltrats périvasculaires, on trouve suivant la description de M. CIVATTE :

I. De *grandes cellules fusiformes* ou triangulaires, de type conjonctif, nées peut-être sur place de la prolifération des fibroblastes du derme enflammé. On en voit parfois en karyokinèse.

II. Des *lymphocytes* de taille variée, dont quelques-uns ont un cytoplasma plus volumineux, un noyau plus clair et se rapprochent des moyens mononucléaires.

La plupart doivent venir des vaisseaux; leur place l'indique et l'on en voit quelques-uns en train de franchir les endothélium vasculaires.

III° Des *plasmocytes* de taille inégale, qui paraissent dériver des lymphocytes par modifications insensibles.

IV° Quelques *grandes cellules mononucléées à noyau clair*, à cytoplasma fortement coloré par les bleus. Leur origine est obscure. On trouve des formes de transition avec les plasmocytes mais aussi avec les formes suivantes :

V° Des *cellules mononucléées, à cytoplasma clair*, à noyau peu foncé parfois incurvé. Les unes sont arrondies, ce sont évidemment des mononucléaires émigrés des vaisseaux, (on en prend quelques-uns sur le fait) monocytes ou histiocytes libres des nomenclatures d'aujourd'hui. Un bien plus grand nombre prennent des formes anguleuses ou même s'étirent en fuseau, on peut se demander parfois s'il ne s'agit pas là de fibroblastes. Ce sont des histiocytes, fixés ou rameux.

Il y a ainsi au total une série continue, des lymphocytes aux fibroblastes, en passant par les plasmocytes ce qui ne signifie nullement que toutes ces formes dérivent les unes des autres; ressemblance n'implique pas forcément filiation directe. A côté de ces éléments constants, enfin, on trouve parfois ça et là des polynucléaires surtout au voisinage de l'érosion. Suivant la règle générale, ce sont les lymphocytes qui l'emportent de beaucoup dans les infiltrats périvasculaires.

Il faut noter cependant que sur les coupes que nous avons examinées, il y avait des plasmocytes en plus grande abondance que d'ordinaire. Ceci pouvait tenir à l'âge de la lésion aussi bien qu'à son siège.

En somme, le chancre du col de l'utérus apparaît sous le microscope sous la forme d'un chancre syphilitique banal.

PRONOSTIC

Le pronostic général du chancre du col est le même que celui de toute syphilis primaire. Il dépend du traitement qui doit être aussi précoce que possible, intensif et suffisamment prolongé.

Les meilleurs résultats seront obtenus au début par le traitement arséno-bismuthique.

Il est inutile de faire un traitement local quand le chancre est compliqué de cervicite. Il reste après cicatrisation du chancre des érosions inflammatoires qu'il faut soigner à leur tour.

Nous avons précédemment étudié les particularités de ce pronostic à l'occasion de l'accouchement, en montrant la possibilité de dystocies graves.

Mais s'il a été fait un traitement suffisant, l'accouchement peut se passer normalement.

OBSERVATION N° 1.

G... Marthe, 18 ans.

Entrée dans le service du D^r Clément SIMON, le 15 février 1937. Elle est envoyée pour cervicite.

A l'examen : Erosion de coloration rouge assez vif sur les 2 lèvres du col de la taille d'une pièce de 2 francs. Pertes glaireuses peu abondantes. Adénopathie inguinale à gauche. Petit ganglion comme une lentille. Pas d'éruption de roséole.

Examen ultra-microscopique : *positif*.

Séro-réactions : Wassermann et Hecht : *positives totales*.

Vernes : 37.

Rien d'autre à l'examen.

Traitement par l'Arsanine (sel de quinine et d'acide méta succinyl-amino-para-oxy-phénylarsinique), en injection intra-musculaires.

Immédiatement après la piqûre de 4 cc. apparaissent les éléments d'une crise nitritoïde. Avec sensation d'étouffement, amaurose transitoire, congestion du visage, nausées. Douleurs abdominales. Vomissements et diarrhée. Durée totale, 40 minutes. 4 jours après, on essaie une nouvelle piqûre d'arsanine, même dose. Ebauche d'une nouvelle crise. On remplace l'arsanine par le Pentansyl 3 injections.

Le 19-3-37, le chancre est presque cicatrisé, une roséole apparaît.

On commence à ce moment des injections de Novar : 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75 $\times$ 3 fois.

La roséole disparaît.

Le 21 avril, la malade sort sans trace de chancre, ni de roséole.

Wasserman et Hecht encore positifs.

Vernes : 0.

On remarque que cette malade n'a pas présenté d'autres crises nitritoïdes avec le Pentarsyl ni avec le Novar.

Celles qui se sont produites semblent être dues à une intolérance à la quinine.

OBSERVATION N° 2

S... Paulette, 26 ans, malade libre. Entrée dans le service du D^r Clément SIMON le 20 mars 1937 pour érosion suspecte du col.

A l'examen : Erosion arrondie extra-orificielle du col et sans lésion orificielle, rouge, assez bien limité, plane et sans suppuration apparente.

Pas d'adénopathie inguinale.

Examen à l'ultra-microscope : positif le 22 mars.

Séro-réactions : Wassermann, Hecht : positives totales.

Vernes : 6.

Mise au *traitement mixte* : novar 0,15, 2 fois 0 g. 30; 2 fois par suite de petits incidents; 0 g. 45 et 0 g. 60 $\times$ 4 fois et 10 piqûres de Bivato.

Le 24 avril, la malade sort, chancre complètement disparu.

Réactions : Wassermann — + + +

Hecht + + + +

Vernes 0

OBSERVATION N° 3.

L... Cécile, 22 ans. Entrée dans le Service du D^r Clément SIMON, le 11 mars 1935.

Cette malade a eu en 1933 un bubon de l'aine droite, très douloureux, qui a été traité par injections de Propidon et incisé ensuite. Elle n'a pas d'antécédents syphilitiques.

Présente une réaction au Dmelcos : positive; à l'Antigène de Frei : négative.

Elle a depuis 1934 un rétrécissement du rectum assez serré constaté à ce moment par le D^r CHEVALLIER.

Examen : Chancre syphilitique du col sur la lèvre antérieure. Examen à l'ultra-microscope positif le 15 mars.

2 petits ganglions inguinaux à droite.

Séro-réactions à l'entrée :

Wassermann — — + +

Hecht — — + +

Vernes 0

Réactions totalement positives la semaine suivante, le Vernes monte à 7 puis à 22.

Traitement par le Novar : 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60 et 0 gr. 75 : 5 fois.

Sortie le 6 mai. Chancre cicatrisé.

Séro-réactions atténuées :

Wassermann — — + +

Hecht — — + +

Vernes 0

OBSERVATION N° 4.

B... Catherine, 34 ans.

Entre dans le Service du D^r Clément SIMON, le 29 avril 1937 pour ulcération suspecte du col.

A l'*examen* : ulcération de contours assez réguliers, bien limitée à la lèvre antérieure du col.

Pas d'adénopathie.

Pas de signes cutanéomuqueux de syphilis secondaire

Examen ultra-microscopique : *positif*.

Réactions de Wassermann et Hecht fortement positives. Vernes, 36.

Mise au traitement par l'Arsanine.

23 piqûres du 1^{er} mai au 28 juin.

Après 10 piqûres, lésion du col tout à fait cicatrisé. Sortie le 28 juin.

Réactions de Wassermann et Hecht encore positives. Vernes à 30.

OBSERVATION N° 5.

E... Simone, 20 ans.

Entrée le 24 avril 1937 à la maison de St-Lazare, service du D^r Clément SIMON pour ulcération suspecte du col.

A l'examen : ulcération grisâtre d'un centimètre de diamètre, sur la lèvre postérieure du col. Recouverte d'un enduit diphtéroïde. Rares pertes. Pas d'adénopathie inguinale ni des autres territoires ganglionnaires. Eruption de roséole discrète, rose pâle sur la poitrine et dans le dos. Examen ultra-microscopique pratiqué sur l'ulcération du col : *positif*.

Réactions de Wassermann et de Hecht : négatives.

Vernes : 0.

Mise au traitement par l'arsanine (9 injections), aucun débul de cicatrisation.

Ensuite Novar : 0 gr. 30 : température à 38°6, céphalée et douleurs lombaires, 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 3 fois. Cicatrisation.

Suites banales, mais les séro-réactions deviennent positives à partir du 5 avril environ.

Sortie le 30 juin : plus aucun signe clinique, mais séro-réactions encore positives.

OBSERVATION N° 6.

F... Suzanne, 18 ans. Entre le 3 août 1937 dans le service du D^r Clément SIMON pour syphilis secondaire en évolution avec plaques muqueuses vulvaires et anales. Roséole. Laryngite (voix légèrement voilée).

Sur le col : ulcération suspecte assez bien limitée. Adénopathie inguinale non syphiloïde du côté gauche.

Examen ultra-microscopique de l'ulcération du col : *positif*.

Ponction d'un ganglion inguinal gauche *ultra* : négatif.

Réactions de Wassermann et Hecht *positives*. Vernes : 79.

Traitement par le novar : 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60 et 0 gr. 75 : 6 fois.

Sortie le 27 septembre. Chancre complètement cicatrisé, mais séro-réactions encore positives.

OBSERVATIONS RELEVÉES AU DISPENSAIRE TOUSSAINT-BARTHELEMY

Ces observations sont résumées, étant donné le grand nombre de malades qui y viennent chaque jour.

OBSERVATION N° 7.

A... Marie-Louise, 21 ans.

Venue le 26 mars 1937 à la consultation du D^r Georges LÉVY.

Diagnostic : chancre du col.

Examen à l'ultra-microscopique : positif. Séro-réactions négatives.

Mise au traitement mixte : Novar et Muthanol. Nouvelles séro-réactions Wassermann et Hecht le 6 avril : totalement positives.

Les suivantes sont négatives

OBSERVATION N° 8.

Ch... Jeanne, 21 ans. Femme de maison. Vue à la consultation du D^r Clément SIMON dans les derniers jours de 1936.

Diagnostic : chancre du col utérin.

Examen de la sérosité avec coloration de Fontana-Tribondeau : présence de tréponèmes.

Réactions de Wassermann et Hecht : *positives*.

Traitée par le novar et muthanol.

Le 3 juillet 1937 : séro-réactions négatives.

OBSERVATION N° 9.

K... Marie a été hospitalisée dans le service du D^r FERNET, le 5 mai 1937 pour chancres multiples de la grande lèvre de la fourchette et du col utérin.

Examen ultra-microscopique sur le col : positif.

Réactions de Wassermann et Hecht : H⁸ — H⁴.

Mise au traitement mixte : novar et bivatol, muthanol ensuite.

N'a pas reçu de piqûres du 30 juillet jusqu'en Décembre.
A ce moment, réactions sérologiques négatives.

OBSERVATION N° 10.

H... Renée, femme de maison.

Venue à la consultation du D^r Georges LÉVY, le 16 juillet 1937.

Diagnostic : chancre du col. Pas d'adénopathie inguinale.

Examen ultra-microscopique : *positif*.

Réactions de Wassermann et Hecht fortement *positives*.

Traitement mixte : novar et muthanol.

Le 28 septembre : séro-réactions négatives.

OBSERVATION N° 11.

G... Lucie, venue à la consultation du D^r BELGODÈRE en Juin 1937.

Ulcération sur la lèvre postérieure du col, superficielle à bords assez irréguliers, à fond suppurant, reposant sur une base fortement indurée, évoquant nettement un accident primaire, infecté secondairement.

Papules secondaires sur le tronc, autour du menton et aux paumes des mains.

Plaques muqueuses à la gorge.

Adénopathie inguinale et sous-maxillaire.

Pâleur et un peu d'amaigrissement.

Examen à l'ultra-microscopique sur le col : *positif*. Réactions de Wassermann et Hecht fortement *positives*.

Mise au traitement mixte par novar et muthanol.

OBSERVATION N° 12.

P... Jeanne-Marie, 21 ans, Femme de maison. Envoyée le 18 décembre 1937 à la consultation du D^r PERIN pour Wassermann positif.

On reconnaît un chancre du col.

Examen ultra-microscopique : positif.

Mise au traitement mixte.

OBSERVATION N° 13.

P... Yvonne, 24 ans. Venue le 11 février 1938 pour accidents secondaires.

Syphilides papuleuses palmo-plantaires et roséole.

A l'examen : On trouve un chancre du col avec tréponèmes à l'ultra-microscope. Réactions de Wassermann et Hecht *totalelement positives*.

Mise au traitement mixte.

OBSERVATION N° 14.

R... Germaine, 24 ans. Venue le 15 janvier 1938 à la consultation du D^r LECLERC.

A l'examen : érosion régulière et arrondie siégeant sur la lèvre postérieure et sur le côté gauche du col, attenante à l'orifice cervical, recouverte d'un enduit grisâtre.

Examen à l'ultra-microscopique : positif.

Séro-réactions fortement positives.

Mise au traitement mixte.

OBSERVATION N° 15.

C... Marie-Louise, 33 ans, venue le 22 février 1938 à la consultation du D^r PERIN pour syphilides vulvaires et roséole. Erosion du col, avec tréponèmes à l'ultra-microscope. Réactions de Wassermann et Hecht fortement positives.

Traitée par le Novar jusqu'à 0 gr. 75.

A la suite d'une poussée d'urticaire, on remplace le novar par le bivafof.

OBSERVATION N° 16.

D... Suzanne, 21 ans, venue le 15 mars 1938 à la consultation du D^r PERIN.

Diagnostic : chancre du col. Examen à l'ultra-microscopique : *positif*.

Adénopathie inguinale droite.

Roséole et syphilides plantaires.

Mise au novar.

OBSERVATION N° 17.

M... Juliette, 27 ans.

Vue à la consultation du D^r Georges LÉVY, le 11 mai 1937. Elle est envoyée pour érosion suspecte. Premier examen microscopique négatif. Jusqu'au 4 juin, pas de nouvel examen et aucun traitement.

Le 4 juin, ulcération de la lèvre antérieure du col.

Pas de ganglions inguinaux.

Nouvel examen ultra-microscopique : *positif*.

Réactions de Wasserman et Hecht : *positives*.

Traitement mixte : novar et muthanol.

OBSERVATION N° 18.

J... Simone, 26 ans.

Vue le 24 janvier à la consultation du D^r PERIN. Chancre du col.

Examen ultra-microscopique : *positif*.

Séro-réactions encore négatives.

Mise au traitement mixte par le bivatol et le novar. Intolérance au novar après la 4^e injection de 0 gr. 75.

Continuation par bismuth seul.

OBSERVATION N° 19.

(Service Docteur SÉZARY).

T... Henriette, 24 ans.

Le 11 novembre 1937, en faisant sa toilette, cette malade a senti elle-même une induration sur son col.

Examen : le 16 novembre : ulcération recouvrant toute la surface du col, à centre verdâtre, sphacélique. La périphérie est constituée par un véritable plateau mamelonnaire, de couleur gris lardacé. Pertes purulentes de métrite.

Au *toucher vaginal*. On sent nettement l'induration très dure. Surface du col irrégulière.

Pas d'adénopathie inguinale, ni autre.

Pas de roséole, ni de céphalée.

Examen ultra-microscopique sur l'ulcération du col : présence de tréponèmes.

Réactions de Hecht et Meinicke : *positives*.

Mise au traitement mixte par novar et muthanol 2 fois par semaine.

Le 25 février 1938, séro-réactions négatives. Chancre complètement cicatrisé.

OBSERVATIONS DES CHANCRES DU COL UTERIN AVEC ADENOPATHIE PELVIENNE

OBSERVATION N° 20.

Gib... Paulette, 28 ans.

Envoyée le 25 janvier 1938 pour vaste ulcération du col.

A l'examen, on trouve une ulcération concentrique au col siégeant sur les lèvres antérieure et postérieure, et ayant dans l'ensemble une allure métritique. Perts mucopurulentes ++ (dont le prélèvement montre : poly-cocci, pas de gonos) mais, à la lèvre postérieure une zone de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 revêt un aspect particulier. Elle a une forme assez régulièrement arrondie, de contours un peu irréguliers et estompés. La surface est recouverte d'une pellicule grisâtre que l'on enlève facilement par écouvillonnage. En dessous, l'érosion est rouge.

Elle se termine au ras de la lèvre postérieure du col. Sous la pince, cette région donne une sensation de résistance et d'infiltration que ne donne pas le reste de l'érosion.

Il y a 2 ou 3 trois petits ganglions inguinaux de chaque côté. Ils sont mobiles, indolores, sans périadénite mais ne donnent pas du tout l'impression de ganglions primaires, le *reste de l'examen* montre 3 ou 4 petites érosions lenticulaires de la vulve.

Une roséole discrète sur le tronc.

La *recherche du tréponème* à l'ultra-microscope sur le col est **POSITIVE à deux reprises**.

Réactions sérologiques le 26-1-38 : $H_8 H_0$ (LÉVY). Vernes 34.

La semaine suivante, 2 février (RABROT) $H_0 H_0$.

Le 31 janvier : biopsie du col à l'anse électrique.

Mise au traitement par le novar le 1^{er}-2-38. Le 11-2-38 le chancre est encore visible. Contours irréguliers, à peu près les mêmes dimensions, les érosions vulvaires sont cicatrisées.

La roséole est modifiée, aspect un peu cuivré, quelques éléments commencent à se pigmenter. Le 15-2-38, chancre tout à fait cicatrisé. On distingue encore la trace de ses bords.

Adénopathie pelvienne constatée pour la première fois le 12-2-38. On trouve un ganglion dur, sphérique et mobile, de la grosseur d'une cerise contre la surface quadrilatère droite, dans le cadran postéro-supérieur de la surface quadrilatère. Ce ganglion est retrouvé à tous les examens.

Le 11 mars il est toujours découvert mais nettement plus petit, comme un gros pois. Ganglion toujours perceptible à la sortie de la malade le 1^{er} avril.

OBSERVATION N° 21.

Le Glo... Anne, 25 ans, envoyée dans le service du D^r Clément SIMON, le 1^{er}-2-38 avec le diagnostic d'érosion suspecte du col. Aucun antécédent syphilitique.

A l'examen, on découvre sur le col une petite érosion circonscrite, distante de l'orifice cervical de 1/2 cm. environ, du côté gauche et en avant de l'orifice.

Forme ovale, allongée d'avant en arrière.

Contours réguliers, assez nets.

Dimensions : un peu plus d'1 cm. sur 6 à 7 mm. La surface est recouverte d'un enduit grisâtre diphtéroïde.

Infiltration légèrement perceptible à la pince. De plus, il y a une légère érosion concentrique et superficielle avec pertes muco-purulentes ++.

(*Prélèvement* : mucus poly, gonos + intra et extra cellulaires). Il y a quelques petits ganglions inguinaux des 2 côtés non syphiloïdes.

Une roséole sur le tronc.

Examen ultra-microscopique sur le col : POSITIF.

Séro-réactions :

Le 1-2-38 : Lévy : H₀ H₀; Vernes : 85.

Le 7-2-38 : Rabrot : H₀ H₀; Vernes : 73.

Traitement par le novar commencé le 5-2-38; le 11-2-38, chancre très amélioré : l'aspect n'est plus grisâtre, mais simplement rosé tranchant un peu sur le reste du col.

Les bords sont toujours assez réguliers, mais estompés. La roséole a à peu près disparu. La petite érosion métrique persiste, un peu atténuée.

Le 19-2-38, chancre tout à fait cicatrisé, on ne distinguerait plus son emplacement si l'on n'en connaissait pas l'existence. Il y a encore un petit ganglion inguinal à droite, comme un pois.

Adénopathie pelvienne remarquée pour la première fois le 15 février sur la paroi pelvienne latérale gauche, on sent 2 nodules comme 2 noyaux de cerises, durs, sphériques et mobiles, semblant être dans le cadran postéro-inférieur de la surface quadrilatère.

Le 28-2-38 : ces ganglions pelviens ont notablement diminué de volume.

Le 21-3-38 : on les sent encore très petits.

Le 31 mars : (jour de la radiographie) on sent encore le ganglion de petit volume.

La malade est partie le 1^{er} avril. (Séro-réactions négatives).

OBSERVATION N° 22.

Pr... Marie-Josèphe, 21 ans.

Envoyée le 12 février 1938 pour ulcération suspecte du col.

A l'examen : ulcération superficielle du col située un peu sur la droite, presque entièrement sur la lèvre antérieure, débordant un peu sur la lèvre postérieure (de 2 ou 3 mm.)

La forme est ovale à grand axe antéro-postérieure.

Dimensions : La plus grande dimension d'avant en arrière) a environ 17 ou 18 mm.

La plus petite en largeur 13 ou 14 mm. Son aspect est grisâtre, lardacé par suite d'un enduit qui le recouvre.

Cet enduit enlevé, la coloration est rouge vif. Les bords sont très nets et réguliers. Les contours du chancre sont

marqués par un mince sillon sur un des bords seulement il y a un petit liseré ecchymotique.

La sécrétion est à peu près nulle.

Par le toucher, et mieux encore au moyen d'une pince on peut sentir l'induration qui tranche sur la consistance déjà ferme des tissus voisins.

Le T. V. ne donne pas d'autres renseignements.

On ne trouve pas à ce moment l'adénopathie pelvienne recherchée.

Il y a un ganglion inguinal droit, petit, non syphiloïde.

Pas de roséole. L'examen général ne montre rien d'anormal.

Examen ultra-microscopique sur le col : POSITIF.

ADÉNOPATHIE PELVIENNE constatée seulement vers le 10 mars.

A droite, contre la surface quadrilatère, 2 nodules comme deux noyaux de cerises au niveau du cadran postéro-inférieur de la surface quadrilatère.

Le 21-3-38 : ganglions pelviens toujours perceptibles, mais plus petits.

OBSERVATION N° 24.

(rapportée à cause de l'adénopathie, bien que l'ultra fut négatif).

S... Anne, 21 ans.

Envoyée pour cervicite le 15 février 1938.

A l'examen : Erosion de tout le pourtour de l'orifice du col de 2 cm. de rayon. Pas de pertes. Cette érosion paraît suspecte.

5 ou 6 petits ganglions inguinaux des 2 côtés, gros comme des pois. T. V., T. R. : normaux. Pas de roséole.

1^{er} *ultra* : négatif, mais la malade a eu du Flavurool les jours précédents.

Séro-réactions : Wassermann et Hecht : *positives*.

Vernes : 74.

Mise au novar le 19 février.

Nouvel ultra le 22 : négatif, mais après 2 piqûres de novar.

Le 4 mars : on découvre par le T. V. du côté gauche, dans le cul-de-sac latéral un ganglion mobile, ferme, gros comme un pois, qui semble être au fond de la surface quadrilatère gauche.

Le 14 mars : (après 22 jours de traitement), Erosion cicatrisée.

Le 21 mars : on sent encore le ganglion au T. V.

Le 28 mars : on ne sent pas le ganglion.

Les observations qui suivent ont été publiées le 5 mars 1938 dans Paris-Médical, par Messieurs Pierre FERNET et COLLART qui nous ont autorisé à les reproduire.

OBSERVATION N° 24.

En Juin 1935, nous sommes appelés à examiner un homme de 28 ans, qui présente à la verge un chancre syphilitique datant de cinq à six jours. La recherche du tréponème est positive. Le malade déclare qu'il n'a eu de rapports qu'avec sa femme qui est soignée par un gynécologue, pour une métrite, par l'électrothérapie. Lorsque nous examinons cette jeune femme, nous constatons sur le col utérin, une large escarre noirâtre, consécutive à l'électro-coagulation, et qui est en voie d'élimination. Mais la malade présente des signes non douteux de syphilis secondaire (roséole discrète, plaques muqueuses amygdaliennes).

Les réactions sérologiques sont totalement positives. Nous ne trouvons pas de traces de chancres sur les muqueuses ni sur les téguments et nous sommes en droit d'admettre que l'ulcération du col avait été l'accident primitif.

OBSERVATION N° 25.

Mme X..., 33 ans est soignée pour une métrite avec exocervicite, par l'électro-coagulation. A la suite de cette intervention, elle a fait une forte réaction annexielle que l'on combat par des piqûres de Propidon. Dans les quelques jours qui suivent on constate une éruption qui est mise sur

le compte de ces piqûres. Les lésions cutanées se généralisent et gagnent la face.

Nous sommes appelés à examiner la malade. Il s'agit d'une syphilis floride (syphilides papuleuses et varioliformes disséminées sur le corps, plaques muqueuses amygdaliennes en nappes, plaques muqueuses vulvaires, micro-poly adénopathie généralisée).

Les réactions sérologiques sont positives. La première manifestation présentée par la malade a été une lésion du col utérin. Nous pouvons conclure qu'il s'agissait d'un accident primitif qui a été méconnu.

OBSERVATION N° 26.

Mlle P... H. entre dans notre service à St-Lazare le 12 juin 1937, présentant de multiples syphilides papulo-hypertrophiques péri-anales, avec adénopathie inguinale. Une recherche ultra-microscopique, pratiquée sur ces lésions, révèle l'existence de nombreux tréponèmes.

A l'examen au spéculum, on remarque en dehors d'abondantes pertes, un gros col largement ulcéré. La lésion ne revêt aucun caractère particulier permettant d'orienter le diagnostic, d'autant que les prélèvements faits en ce point sont toujours restés négatifs.

Toutefois, la présence d'une réaction de Wasserman et de Hecht récemment positives (ce qu'il nous est permis d'affirmer puisque la malade était venue précédemment 2 fois dans le service en Avril et en Novembre 1936 et avait toujours eu des séro-réactions négatives) et d'autre part l'interrogatoire qui nous apprend que peu avant son entrée dans le service, lors d'un passage à Cherbourg, elle avait été consulter un médecin pour une érosion du col, lésion sur laquelle une électro-coagulation aurait été pratiquée; ces divers faits nous permettent d'envisager avec certitude l'existence d'un chancre du col non diagnostiqué et qui aurait perdu tous ses caractères à la suite de cette dernière inter-

vention. Hypothèse qui fut largement confirmée par la suite, en présence de résultats remarquables déterminés par le traitement spécifique; celui-ci ayant amené une cicatrisation totale en un délai très court.

OBSERVATION N° 27.

Mlle B..., 49 ans va consulter un chirurgien pour des pertes sanguinolentes qui surviennent en dehors de ses règles. La malade présente une large ulcération du col utérin et le diagnostic d'épithélioma est porté. Une biopsie est pratiquée avant l'application du radium. La malade nous est envoyée parce qu'elle présente des lésions cutanées sur la face et sur le corps. Le diagnostic de syphilis n'est pas douteux (roséole, syphilides arciformes de la face, micro-poly adénopathie généralisée). Les réactions sérologiques sont totalement positives. La biopsie n'a pas confirmé le diagnostic de cancer du col. L'ulcération a guéri rapidement par le traitement spécifique.

CONCLUSIONS

1° Le chancre du col est plus fréquent qu'on ne le pensait autrefois, comme le montre notre statistique de St-Lazare et du Dispensaire Toussaint-Barthélemy qui s'élève à 20 % sur l'ensemble des chancres de la femme.

2° Sans vouloir nier l'existence des Syphilis purement sérologiques, nous pensons qu'un certain nombre d'entre elles ont débuté par un chancre du col qui est resté ignoré.

3° Il n'est heureusement pas toujours méconnu, et peut se présenter à l'examen sous une forme érosive, ulcéreuse, ou hypertrophique. Il peut être excentrique ou juxta-orificiel.

Il est souvent petit, d'autre fois plus étendu. Il peut être associée à d'autres chancres génitaux.

4° L'adénopathie est difficile à rechercher, l'adénopathie inguinale n'est pas très souvent constatée.

L'adénopathie pelvienne que nous avons rencontrée très fidèlement dans nos cas les plus récents semble permettre de dire que cette adénopathie est perceptible au toucher vaginal alors qu'elle était considérée universellement comme inaccessible.

Elle peut devenir par la suite un appoint intéressant pour le Diagnostic.

5° Le Diagnostic de chancre du col a besoin plus que tout autre d'être confirmé par l'examen ultramicroscopique.

6° La recherche systématique du chancre du col, lors des visites de surveillance et son traitement immédiat constituent le meilleur moyen pour faire disparaître une source de contamination d'autant plus dangereuse qu'elle est invisible : Il faut s'efforcer, faute de mieux, de faire la prophylaxie par le traitement.

Vu : Le Président de Thèse,
GOUGEROT.

Vu : Le Doyen,
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY (Ch.). — Précis des maladies vénériennes (1910);
Sur la fréquence et l'importance de la syphilis utérine.
Paris Médical, 2 octobre 1926, p. 277.
- BLANDIN. — Syphilis du col utérin chez une femme enceinte.
Société d'Obst., Paris, Déc. 1901.
- BLAZY (P.-C.). — Le chancre induré du col utérin. *Thèse*
Bordeaux, 1930.
- DURÉUX et OZENNE. — Chancre syphilitique sur un col utérin prolabé, effleurant la vulve. *Ann. mal. vén.*, Juillet 1912.
- DUREL (P.) et MAYER (M.). — Syphilis du col de l'utérus. *La Médecine*, N° 18, Déc. 1933.
- FAURE (J. L.). — Diagnostic précoce du cancer utérin. *Monde médical*, N° 908, p. 1030.
- FEROUELLE. — Chancre syphilitique du col de l'utérus. *Thèse Paris*, 1902.
- FOURNIER (A.). — Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris, 1873.
— Traité de la Syphilis. Paris, 1898.
- FOURNIER (A.), de Marseille. — Considérations à propos de 2 cas de chancre induré du col utérin. *Ann. des Mal. Vénér.*, 26, 747-752. Oct. 1931.
- FRANCESCHINI. — De l'origine syphilitique de quelques cancers utérins. *Ann. des Mal. Vén.* Nov. 1906.
- GATÉ (G.), CUILLERET (P.) et BOYER (C. E.). — Fréquence de chancres E du col utérin. *Société de Derm. Syph. de Lyon*, 16 février 1932.
- GAUCHER. — Le chancre et les syphilides cutanés muqueux. Paris, 1907.
- GELHORN. — Syphilis du col. *J. of Méd. Assoc.*, Nov. 1925.

- Syphilis et cancer de l'utérus. *Ann. Journ. Syph.* Janvier 1929.
- GELHORN et EHRENFEST. — Recherche du tréponème dans la syphilis primaire du col. *Deutsch. Méd. Woch.* 6 janvier 1921.
- GUYOT, GUÉRIN et DUBREUIL. — Chancre syphilitique du col et grossesse. *Bull. soc. obst. et gynéco.*, Juillet 1927.
- Chancre syphilitique du col et des parois vaginales. *Paris méd.*, 7 mars 1936.
- HISSARD. — Chancre syphilitique du col au 4^e mois de la grossesse. Père syphilitique primo-secondaire au moment de la conception. *Ann. Mal. Vén.*, N° 26. Déc. 1931, p. 925).
- JOULIA. — Dépistage de la syphilis primaire chez la femme, chancres du col et du vagin, leur fréquence. *Journées prophylactiques de Bordeaux*. Octobre 1935.
- LAFONT et FULCONIS. — Le test de Schiller et son intérêt pratique. *Revue Française de Gynéco.* Déc. 1937.
- LANTUÉJOUL. — Le chancre syphilitique du col chez la femme enceinte. *Gyn. et Obst.*, 1920, p. 110.
- LÉVY-BING et JANET. — Chancres multiples du col utérin. *Ann. mal. vén.*, 23 décembre 1928.
- LÉVY-BING et BOURSAT. — Double chancre induré du col et de la paroi vaginale avec adénopathie inguinale. *Annales des Maladies Vénériennes*. Mai 1932.
- MINAIRE (V.). — Le chancre syphilitique du col utérin. *Thèse Lyon*, 1932.
- NEUMANN. — Die Syphilis der Vagina, der uterus und seiner Adnexe. *Münch. Méd. Woch.*, 1895.
- OZENNE. — Syphilis de l'utérus et de ses annexes. Masson, 1920.
- PASSENAUD. — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du col de l'utérus. *Thèse Paris*, 1904.
- PUENTE (J. J.). — Syphilis du col de l'utérus. *Bruxelles médical*, N° 15, 8 février 1931, p. 408 et 15 février 1931, p. 440.
- RABUT. — Une localisation de syphilis primaire fréquemment

- méconnue : le chancre du col utérin. *L'Hôpital*. Déc. 1936, p. 705.
- RICARD. — Leçons sur le chancre. Paris, 1860.
- ROSTAINE et DRUELLE. — Deux cas d'ablation de chancres syphilitiques pris pour des tumeurs malignes. *Arch. gén. de Médecine*, 15 déc. 1919.
- SCHEFFER. — Chancre géant du col simulant l'épithélioma. *Bulletin Soc. Dermato-syphiligraphie*, 1922, p. 97.
- SIMON (Clément). — Trois cas de chancres syphilitiques du col de l'utérus accompagnés d'adénopathie pelvienne satellite nettement perceptible au toucher vaginal. *Bulletin de la Société de Dermato-syphiligraphie*. Avril 1938, p. 604.
- STOKEY et ROBERTS. — Chancres du col. *Am. J. of Syph.*, 1932, p. 212.
- THIBIERGE. — Sur le chancre syphilitique du col de l'utérus. *An. Dermato-syph.* Février 1904.
- TOURAINÉ. — Syphilis et Cancer du col de l'utérus. *Paris Médical*, 5 mars 1932, p. 207.
- TOURAINÉ, SOLENTE et RIMÉ. — Trois chancres syphilitiques et un chancre mou du col chez des prostituées en maison de tolérance. Importance de la surveillance médicale. *Bulletin de Société Dermato-syph.*, 1933, p. 890.
- SUGUET. — Cancer du col de l'utérus et syphilis. *Thèse Bordeaux*, 1922.
- VERNET. — Du chancre de l'utérus. *Journées médic. de Bordeaux*, tome VIII.
- VILLERS (L.). — Chancres syphilitiques végétants du col simulant l'épithélioma. *Thèse Paris*, 1937, N° 267.
- WARTHIN (A. S.) et NOLAND (L.). — Diagnostic différentiel entre chancre et cancer du col. *Am. Journ. Syph.* Oct. 1921, p. 553.

